

INDIANA FAMILY & SOCIAL SERVICES ADMINISTRATION
PARTNERSHIP FOR PERSONAL RESPONSIBILITY

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD PERSONAL

Entiendo que la asistencia pública no intenta ser un modo de vida sino un apoyo temporario para ayudarme a lograr la capacidad necesaria para el autosostén y la independencia personal. Si bien la agencia me asistirá en el logro de la meta de autosostén, entiendo que soy responsable de asegurar y retener un empleo y todas las otras fuentes correspondientes de ingresos para mi autosostén y el de mis hijos dependientes.

Como respuesta al recibo de Asistencia Temporaria para las Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families - TANF*) acepto la responsabilidad personal para mí mismo y mis hijos dependientes y accedo a las siguientes condiciones:

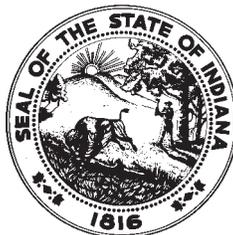
- Si soy un participante obligatorio en el programa Indiana Manpower Placement and Comprehensive Training (IMPACT), los beneficios en efectivo de TANF para mi persona se limitarán a veinticuatro (24) meses.
- No recibiré ningún beneficio adicional en efectivo para los niños nacidos diez (10) meses después de la fecha en que estoy autorizado a recibir los beneficios TANF.
- Me aseguraré de que mis hijos reciban las vacunas correspondientes de acuerdo con su edad.
- Me aseguraré de que mis hijos en edad escolar asistan con regularidad a la escuela y que no tengan más de tres inasistencias sin excusa durante el semestre o período de calificaciones.
- Criaré a mis hijos en un hogar seguro sin violencia doméstica o incidentes de abuso o negligencia infantil.
- No usaré drogas ilegales u otras sustancias que puedan interferir con mi capacidad de ser autosuficiente.
- Participaré en todas las actividades de empleo y entrenamiento que se me asignen.
- No renunciaré voluntariamente a un trabajo de veinte horas o más por semana ni reduciré voluntariamente mis horas de empleo.
- Si soy un padre (*o madre*) menor de edad, viviré con un pariente, como un padre (*o madre*), padrastro o madrastra o abuelo o abuela o un adulto que sea mi guardián legal.
- Si cometiera una violación intencional del programa o si se me acusara de cometer fraude relacionado con establecer o mantener la elegibilidad o incrementar los beneficios de TANF, seré penalizado bajo el programa estatal para el control de fraudes de TANF.
- Cooperaré para desarrollar un plan de autosuficiencia y cumplir con los requisitos especificados en el plan.
- Si no cumplo con las estipulaciones de este acuerdo, se podrían imponer sanciones, incluyendo la pérdida de beneficios en efectivo. Si no cumplo con los requisitos del programa IMPACT podría perder los beneficios en efectivo y Hoosier Healthwise.

Entiendo que mis beneficios TANF podrán ser reducidos si no cumplo o me niego a firmar este acuerdo. También entiendo que, en ciertas circunstancias, la agencia podrá determinar que yo tenía una causa justificada por la que no acaté los requisitos del programa IMPACT y, en ciertas circunstancias, se me podrá conceder una prórroga o exención de un requisito específico del programa.

FIRMADO POR

Padre (*o madre*) / pariente guardián

Fecha



Trabajador del caso

Fecha